

#049 Persistência de sintomas pós-tratamento endodôntico — a propósito de um caso clínico



Luis Pedro Soares Anes*, Maria Leonor Dias Lourenço Balsinha, Inês Ribeiro Valente Lucas Ferreira, Irene Pina Vaz

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Introdução: O retratamento não cirúrgico é uma intervenção complexa que requer a análise detalhada das possíveis razões que levaram ao fracasso e uma execução prática sem falhas no procedimento. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, caucasiano, de 60 anos, com história de hipertensão arterial. Surgiu na clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto relatando desconforto e dor à mastigação na região do dente 25. Tinha realizado tratamento endodôntico há 6 meses. A sintomatologia que motivou o tratamento, nunca acabou por desaparecer, sendo o motivo da consulta atual. Ao exame clínico, a percussão vertical foi positiva e através da radiografia periapical foi possível identificar o dente 25 com o canal radicular obturado e uma imagem radiolúcida apical (Índice periapical de Orstavik =3), compatível uma com lesão perirradicular. Foi requisitada uma tomografia computadorizada de feixe cónico, de modo a permitir uma melhor avaliação da anatomia radicular, suspeitando-se da falta de deteção de algum canal adicional. O canal radicular apresentou-se único com uma obturação inadequada, por falha na condensação do material obturador. Foi diagnosticado dente 25 com canal obturado e periodontite apical sintomática. Depois de apresentadas ao paciente as opções possíveis de tratamento, este optou pelo retratamento endodôntico não cirúrgico. Após o tratamento indicado houve regressão imediata dos sintomas e cura radiográfica dos tecidos periapicais (Índice periapical de Orstavik =1) após 6 meses. É apresentado o follow-up após 1 ano. **Discussão e conclusões:** O retratamento não cirúrgico apresenta elevadas taxas de sucesso, desde que sejam respeitadas as guidelines de seleção de casos e utilizados os materiais e técnicas adequados. A anatomia radicular tem um papel relevante no sucesso do tratamento endodôntico. Contudo, o exame radiográfico convencional tem limitações, pela sua natureza bidimensional, estando indicada a realização de tomografia computadorizada de feixe cónico em situações de suspeita de anatomia complexa, no planeamento do retratamento endodôntico não cirúrgico. O follow-up de 6 meses, em caso de lesões perirradiculares está correlacionado com o follow-up a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.512>

#050 Tratamento endodôntico de molar superior com 7 canais radiculares – relato de dois casos



Mariana Peixe Domingos Alves Pires*, Joana Sofia Cordeiro Martins, João Meirinhos, Jorge Martins, Mário Rito Pereira, António Ginjeira

FMDUL

Introdução: A anatomia interna do primeiro molar superior definitivo está vastamente descrito na literatura. A configuração mais comum é a de quatro orifícios canais no

pavimento da câmara pulpar, mas há relatos de casos de apenas um e até oito orifícios canais. Neste trabalho apresentamos dois casos de tratamento endodôntico de primeiros molares superiores definitivos com 3 raízes e 7 canais radiculares. **Descrição dos casos clínicos:** Os tratamentos endodônticos foram realizados pelo mesmo operador (JM), sob ampliação (Opmi Pico, Carl Zeiss Surgical, Germany). Em ambos os casos, o diagnóstico pulpar era de pulpíte irreversível sintomática, com tecidos periapicais normais. Os tratamentos foram efetuados sob isolamento absoluto e, após estabelecido o acesso, eram visíveis dois sulcos de desenvolvimento, de cor mais escura e assim destacados no fundo do pavimento da câmara pulpar, entre os dois canais vestibulares e o canal palatino. Os dois sulcos foram trabalhados com pontas ultrasónicas (ProUltra, Dentsply Maillefer, USA), permitindo a identificação de outros orifícios canais em ambas as raízes vestibulares, com um único canal palatino, no primeiro caso, e dois canais palatinos no segundo. Após instrumentação dos canais com limas rotatórias (ProTaper Universal e ProTaper Next, Dentsply Maillefer, Switzerland) e sob irrigação contínua com hipoclorito de sódio 5,25% – com inclusão de EDTA 17% no protocolo de irrigação final – os canais foram obturados com gutta-percha e cimento (AH Plus, Dentsply, Germany) utilizando a técnica vertical de obturação com onda contínua (System B, Sybron Endo, USA; Obtura II, Obtura Spartan, USA). Na consulta de controlo do primeiro caso, aos 15 meses, não havia qualquer sintoma, e a radiografia periapical demonstrou manutenção da normalidade dos tecidos periapicais. Não foi possível efetuar controlo clínico do segundo caso por o paciente ter mudado de residência para o estrangeiro, tendo referido em contacto telefónico não ter qualquer queixa. **Discussão e conclusões:** Compreender a anatomia interna de um dente submetido a tratamento endodôntico é indubitavelmente necessário para evitar complicações e maximizar o sucesso do tratamento. Determinados complementos à prática clínica, como o microscópio óptico e pontas de ultrassons específicas são determinantes não só para a compreensão das complexidades anatómicas que nos são apresentadas, como para a sua gestão clínica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.513>

#051 Fraturas radiculares verticais: da etiologia ao diagnóstico



Maria João Rodrigues*, Alfredo Marinho, Joana Alexandra Marques Simões, Diana Sequeira, João Miguel Santos, Paulo Jorge Palma

Instituto de Endodontia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Área da Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: As fraturas radiculares verticais (FRV) em dentes tratados endodonticamente e/ou vitais representam um verdadeiro desafio clínico decorrente da complexidade de diagnóstico e tratamento. Caracterizam-se por uma linha longitudinal completa ou incompleta, que se inicia no ápice e se estende em direção à coroa. A sua prevalência é relatada em alguns estudos entre 2 a 5% e o prognóstico frequentemente