

#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 pulpite 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, Dentspy 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

questionável e com pouca previsibilidade. **Descrição do caso clínico:** Relato de três casos clínicos de fraturas radiculares verticais e de um caso de fratura coronária vertical (diagnóstico diferencial). Apresentação de história clínica resumida com referência aos múltiplos sinais e sintomas clínicos apresentados, registo fotográfico e métodos de diagnóstico utilizados (incluindo radiografias periapicais, CBCT pós-extração e transiluminação, entre outros também descritos). **Discussão e conclusões:** A etiologia das FRV é complexa e multifatorial, incluindo trauma físico e oclusal, anatomia e cárie dentária, reabsorção patológica e hábitos parafuncionais repetitivos, bem como causas secundárias ou posteriores à endodontia. O diagnóstico baseia-se em dados clínicos como a presença e tipo de dor, presença e localização de fístulas, profundidade de sondagem e em métodos complementares de diagnóstico, nomeadamente radiografias periapicais, CBCT (Tomografia Computorizada de Feixe Cónico), testes de mordida, ampliação, transiluminação e aplicação de corantes. O tratamento das FRV pode consistir na extração do dente afetado ou somente do segmento radicular fraturado. A amputação ou hemisseção radiculares apresentam-se como possíveis opções terapêuticas em dentes multiradiculares. É, assim, crucial procurar reduzir a predisposição à fratura, reduzindo as forças internas exercidas durante a instrumentação canal e compactação dos materiais obturadores, e evitando a remoção excessiva de dentina intraradicular. Deste modo, devemos apostar num diagnóstico precoce, fundamental para permitir tratamentos mais conservadores.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.514>

#052 Necrose Pulpar associada a Terapia Ortodôntica com Invisalign®: Caso Clínico



Carlota Inês Duarte de Mendonça*, António Duarte Mata

Clínica Hugo Madeira – Estética e Implantologia Avançada

Introdução: Forças ortodônticas excessivas podem causar danos pulpares, nomeadamente necrose¹. Os alinhadores são uma solução inovadora, segura e confortável para o tratamento ortodôntico com cada vez mais prevalência de utilização². Contudo, a literatura referente às suas possíveis consequências nefastas são escassas. Neste case report, apresentamos um caso clínico de necrose pulpar associada ao uso de Invisalign®. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 34 anos, em tratamento com o sistema de alinhadores Invisalign® noutra clínica. Refere dor espontânea e aumento de pressão no dente 21, sem antecedentes traumáticos nem sinais clínicos e radiográficos de lesão de cárie ou restauração extensa e/ou debordante. Dente com alteração de cor (acizentado). Diagnóstico clínico: necrose pulpar com periodontite apical aguda do 21. Plano de Tratamento: pulpectomia e obturação canal do 21 e sessões de branqueamento interno. **Discussão e conclusões:** O pós-operatório ocorreu dentro dos limites normais, com eliminação da sintomatologia inicial. A alteração cromática regrediu, como consequência do branqueamento interno com Opalescence® Endo. Não existe evidência científica que comprove que o tratamento ortodôntico com Invisalign® esteja relacionado com alterações pulpares, mas dada a

anamnese, neste caso podemos supor que a vitalidade pulpar ficou comprometida ou pela força aplicada no movimento dentário pelo sistema de alinhadores ou pelo uso indevido do mesmo por parte do paciente. Neste contexto, são necessários estudos que consigam avaliar esta relação causa-efeito.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.515>

#053 Pulpotomia parcial de um molar definitivo maturo com pulpite irreversível – caso clínico



Sílvia Martins Pereira, Joana Filipa Pinto Visinho Pereira, Joana Alexandra Marques Simões, Diana Sequeira, Paulo Jorge Rocha Palma, João Miguel dos Santos*

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: O avanço do conhecimento da biologia e da fisiologia da inflamação pulpar têm vindo a possibilitar o alargamento das indicações da Terapia Vital Pulpar. Recentemente, a pulpotomia tem sido sugerida como tratamento alternativo à pulpectomia, em dentes permanentes maturos com sinais e sintomas compatíveis com o diagnóstico de pulpite irreversível. Esta abordagem visa manter a vitalidade do tecido pulpar, com remoção do tecido duro afetado e apenas da polpa camaral inflamada, com nível de profundidade e extensão que permita o controlo da hemorragia e a aplicação de biomaterial sobre o tecido pulpar amputado. Este tratamento pode envolver a remoção total da polpa coronária (pulpotomia total) ou a remoção de 1-3mm da polpa e dentina perto da zona de exposição (pulpotomia parcial). **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, com 24 anos, sem história de patologia sistémica, referenciada para a consulta de Endodontia por relatar sintomatologia dolorosa em dois molares (37 e 46). O dente 46 apresentava dor espontânea e grande perda de estrutura dentária na face mesial, com exposição pulpar e hiperplasia gengival. A radiografia intraoral evidenciou espessamento do ligamento periodontal e extensa lesão de cárie com envolvimento pulpar. Foi realizada anestesia troncular sem vasoconstritor e anestesia infiltrativa com vasoconstritor seguidas de gengivectomia e isolamento absoluto. Posteriormente, efetuou-se a remoção da polpa inflamada com broca esférica de turbina (pulpotomia parcial), irrigação com NaOCl a 3% (CanalProTM – Coltène) e controlo hemorrágico com bolas de algodão embebidas em soro fisiológico (NaCl 0.9% B. Braun). Controlada a hemorragia, utilizou-se o Biodentine™ (Septodont) como material de capeamento e restaurador. Foi realizado controlo clínico e radiográfico 45 dias, 4 e 6 meses após o tratamento. **Discussão e conclusões:** Os cimentos silicato de cálcio possuem propriedades adequadas aos objetivos deste tratamento, como a excelente biocompatibilidade e bioatividade. A pulpotomia apresenta algumas vantagens relativamente à pulpectomia: ao preservar a estrutura do dente aumenta a sua sobrevivência; é um procedimento mais rápido; tem custos mais reduzidos e preserva as funções imunológicas e os mecanismos proprioceptivos da polpa. Para o sucesso deste procedimento devem ser tidos em conta diversos fatores, entre eles: escolha dos materiais, controlo da hemorragia, remoção total do tecido inflamado e restauração definitiva adequada.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.516>