

### #054 Tratamento endodôntico em pré-molar com 3 canais e sistema canal em C: caso clínico



Maria Moreira, Joana Alexandra Marques Simões, Diana Sequeira\*, Patrícia Diogo, João Miguel Santos, Paulo Palma

Área da Medicina Dentária Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** Um sistema canal em C caracteriza-se pela existência de canais radiculares cuja secção transversal tem a forma de “C”. Canais em C resultam de falhas na fusão da bainha epitelial de Hertwig, quer do lado lingual quer do vestibular. São mais comuns em segundos molares mandibulares, mas encontram-se descritos também em primeiros e terceiros molares bem como pre-molares mandibulares. Apesar deste tipo de sistema apresentar maior prevalência na população asiática (cerca de 40%), o clínico deve estar atento para a possibilidade da sua existência e, desse modo, adaptar o seu protocolo. **Descrição do caso clínico:** Paciente R.P., 56 anos, do sexo masculino, dirigiu-se à consulta com queixas de dor no espaço interproximal, entre o 44 e o 45. À observação oral, verificou-se cárie extensa em mesial do dente 45. Após a realização dos testes de sensibilidade e exames radiográficos (radiografias periapicais e CBCT), verificou-se envolvimento pulpar e diagnosticou-se necrose pulpar sem periodontite apical. Foi realizada remoção de cárie, restauração pré-endodôntica, desbridamento inicial com limas K, instrumentação mecanizada com sistema Protaper Next e obturação com Gutta Flow bioseal e cones de Guta Percha. Follow-up de 6 meses. **Discussão e conclusões:** O principal objetivo de um tratamento endodôntico é a realização do total desbridamento canal e a correta remoção de microorganismos e tecido necrótico do canal. É por isso fundamental realizar uma correta avaliação anatômica para o planeamento e sucesso do mesmo. O reconhecimento de sinais clínicos e radiográficos, são fundamentais para avaliar o grau de dificuldade e risco. A execução de CBCT permite confirmar a suspeição de uma variação anatômica, permitindo uma observação mais precisa e dinâmica do dente. Identificou-se um sistema canal em C, categoria V, segundo a classificação de FAN. A principal dificuldade neste tipo de anatomia é conseguir realizar uma eficaz desinfeção nas zonas de istmo devido à irregularidade dos canais, ocorrendo frequentemente falha do tratamento endodôntico. A utilização de maximização associada a instrumentação mecanizada podem melhorar o prognóstico neste tipo de casos.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.517>

### #055 Cirurgia apical conservadora: Relato de caso clínico



Telma Ferreira\*, S Gavinha, P Manarte-Monteiro, Dúnia Mendes, Miguel Albuquerque Matos

Competências Clínicas em Medicina Dentária – Universidade Fernando Pessoa

**Introdução:** A cirurgia apical está indicada em determinadas condições, em que o retratamento endodôntico não é

possível, ou por si só não é a solução. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, 54 anos, saudável, refere dor no dente 1.2 “ao trincar/bater no dente”. No exame clínico, após o teste à percussão vertical e horizontal, verificou-se presença de resposta dolorosa. No exame radiográfico observa-se uma lesão periapical no dente 1.2 previamente endodonciado, reabilitado com coroa cerâmica e espigão intra-radicular, com boa adaptação e estética. Realizaram-se desgastes de prematuridades nos dentes 2.7 e 1.2 e posteriormente, um acréscimo de compósito no dente 1.3 por palatino devido à ausência de contacto em movimentos de lateralidade. Pelo facto do retratamento convencional não cirúrgico implicar a perda da reabilitação protética e pelo risco inerente à remoção do espigão intra-radicular, optou-se pela realização da cirurgia apical. Na consulta de reavaliação, 7 dias após a realização da cirurgia a paciente relatou inexistência de sintomatologia. No follow-up radiográfico, podemos observar alguns sinais de regressão da lesão. **Discussão e conclusões:** A cirurgia apical está indicada, nos casos em que o retratamento endodôntico não cirúrgico não é possível ou favorável. Neste caso clínico, optou-se pela realização da cirurgia apical do dente 1.2 com patologia periapical associada. Foi realizada a apicectomia, retro-preparação e retro-obturação com um material biocompatível para promover o selamento apical. Tendo em consideração uma perspectiva conservadora e o custo-benefício inerente às diferentes opções de tratamento, optou-se pela realização deste procedimento devido à presença de reabilitação protética bem adaptada e espigão intra-radicular. Por este motivo outra opção clínica, como a execução do retratamento convencional não cirúrgico, aportaria muito mais riscos. Considerando as consultas de reavaliação realizadas após 7 dias, um mês e dois meses da realização da cirurgia apical, em que se realizaram follow-ups radiográficos, revelando-se satisfatórios, pode-se concluir que se obteve sucesso com a realização desta opção clínica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.518>

### #056 Pênfigo Vulgar – Do diagnóstico à terapêutica



Marcelo Prates\*, Ana Teresa Tavares, Luís Sanches Fonseca, Yashad Mussá, Luísa Figueiredo, André Pereira

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central – Hospital São José

**Introdução:** O Pênfigo Vulgar é uma doença vesiculobolhosa autoimune crónica rara que se caracteriza pela formação de vesículas intraepiteliais ou bolhas na pele ou mucosas. Corticóides sistémicos são o tratamento de primeira linha no entanto pode ser necessária a introdução de outros imunossuppressores. **Descrição do caso clínico:** Homem, 49 anos, natural da Índia, vai ao Serviço de Urgência por surgimento de bolhas brancas na boca (sic) há 2 semanas e dor intensa com edema da hemiface direita há 2 dias. Referia sensação de febre e dor à deglutição. Apresentava lesões bolhosas e erosivas de cor vermelha na mucosa jugal bilateralmente, fundo do vestibulo do 4.º quadrante e região posterior da língua. Lesões cobertas por pseudomembrana de cor nacarada. Com febre de 38,1.ºC.