

absoluto do dente 21 o tratamento foi executado com auxílio de microscópio cirúrgico. Foi removida a restauração e o tecido pulpar superficial e irrigou-se a cavidade com hipoclorito de sódio a 5%. Depois de se verificar o controlo da hemorragia foi feita uma barreira de MTA e selado com ionómero de vidro. Após dois dias foi feita a colagem do fragmento dentário remanescente que foi previamente guardado. O dente encontra-se assintomático desde a primeira consulta, foram feitos controlos radiográficos após 1 e 3 anos e no último foi realizado uma nova TCV verificando-se a formação da raiz na totalidade. **Discussão e conclusões:** Ao optarmos pelo tratamento pulpar vital, verificamos a formação radicular no follow-up de 3 anos. Em dentes imaturos, nos quais nos deparamos com exposição pulpar, o tratamento que recorre à pulpectomia interrompe o processo natural de formação radicular podendo comprometer a viabilidade da peça dentária a longo prazo. Permanecendo o tecido pulpar e consequentemente a vitalidade, todas as funções da polpa são mantidas, assim como as características biológicas do dente, conferindo maior resistência estrutural e durabilidade. Em conclusão, os tratamentos de TPV em dentes imaturos são mais vantajosos relativamente aos tratamentos tradicionais. No entanto são necessários follow-ups radiográficos e controlos da vitalidade, de forma a garantir o sucesso deste tratamento a longo prazo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.643>

SPE#3 – Reimplante intencional como alternativa de tratamento, a propósito de um caso clínico



Figueiredo, Joana¹. Gomes, Joana¹. Lima, Inês¹. Oliveira, João¹. Sacramento, José Manuel⁵. Caetano, Luís³. Moreira, Cátia³.

¹Student of Endodontics Postgraduation – IUCS – CESPU (Portugal). ²Assistant, Department of Conservative Dentistry – IUCS – CESPU (Portugal). ³Resident ASE Endodontics University of Michigan. ⁴Invited Professor, Department of Conservative Dentistry – IUCS – CESPU (Portugal). ⁵Assistant Professor, Department of Conservative Dentistry – IUCS – CESPU (Portugal).

Introdução: O reimplante intencional (RI) é uma técnica cirúrgica que consiste na remoção de um dente com patologia persistente e na sua reinserção no alvéolo original após realização do seu tratamento extraoral. Esta opção de tratamento deve ser considerada em situações de fracasso dos tratamentos tidos como convencionais ou quando os mesmos estejam contraindicados. O objetivo deste trabalho é demonstrar, através da apresentação de um caso clínico, que esta técnica deve ser considerada como válida em alternativa à remoção da peça dentária. **Descrição do caso clínico:** Uma paciente foi encaminhada para uma consulta de especialidade endodôntica com dor no 3.º quadrante. Foi feito um diagnóstico clínico de Periodontite Apical Sintomática no dente 35. Este apresentava uma coroa fixa e um espigão de fibra de vidro. Foi proposto fazer o Retratamento endodôntico não cirúrgico, ao que a paciente aceitou. Foi realizada uma Tomografia Computorizada Volumétrica (TCV) pré-operatória. O dente foi isolado com dique de borracha e iniciado o tratamento através da coroa fixa com auxílio de microscópio cirúrgico. Depois de se ter verificado que a re-

moção do espigão constituía risco de perfuração, foi realizada uma TCV intraoperatória. Foram comunicados à paciente os riscos associados e sugerida uma abordagem cirúrgica. Essa abordagem passou pelo RI, uma vez que a realização de cirurgia apical seria arriscada devido à localização do foramen mentoniano. O dente foi extraído e tratado extraoralmente. Posteriormente foi recolocado no alvéolo, sem qualquer fécula, encontrando-se assintomático desde a primeira consulta. Foram feitos controlos radiográficos aos 3 meses e 1 ano. **Discussão e conclusões:** Quando nos deparamos com dentes em que o tratamento endodôntico não cirúrgico e cirúrgico estão contraindicados, o RI deve ser tomado em conta como alternativa à remoção definitiva do dente. A maioria dos autores descreve uma taxa de sucesso entre os 70 e 95%. Apesar de não ser uma técnica de primeira escolha, é uma opção a considerar quando tudo parece não ter solução. Os casos devem ser criteriosamente selecionados, sendo a remoção atraumática e o tempo em que o dente é tratado extraoralmente essenciais para um bom prognóstico. O trauma que pode ocorrer durante a remoção dentária e a desidratação provocada durante o tempo em que o dente é mantido fora do alvéolo podem levar à fratura, reabsorção radicular ou anquilose. Desta forma, os riscos devem ser tidos em conta e explicados ao paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.644>

SPE#4 – Abordagem não cirúrgica a uma lesão periapical de grandes dimensões induzida por trauma



Valério P¹, Barros L¹, Soares F³, Correia L³, Pereira S³, Quaresma SA², Ginjeira A²

¹Médico Dentista, aluno de pós-graduação B-Learning de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. ²Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. ³Alunos de pós-graduação B-Learning de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: O traumatismo dentário está frequentemente associado à rutura do aporte sanguíneo da polpa, dando origem a necrose. O colapso da circulação sanguínea pode causar necrose tecidual e condições anaeróbias que permitem a multiplicação de microrganismos e libertação de diversas toxinas que levam à formação de lesões periapicais. A infeção pode ser imediata ou tardia. Os abscessos, granulomas e quistos desenvolvem-se em resposta ao conteúdo antigénico intra-canal, estes representam mais de 90% das lesões periapicais. **Descrição do caso clínico:** Neste relato de caso clínico é apresentado um caso de traumatismo dentário de uma paciente do sexo feminino com 17 anos. O trauma teria ocorrido há cerca de 2 anos e envolveu uma fratura não complicada da coroa do dente 41. Radiograficamente observou-se uma lesão periapical que se estendia a todos os incisivos inferiores e evidência de uma reabsorção apical externa no dente 41. Clinicamente estava presente uma fístula lingual entre os dentes 31 e 41, e edema dos tecidos moles linguais e vestibulares. Foi feito um CBCT, para melhor avaliar a extensão da lesão, onde se observou a ausência de tábua óssea vestibular e lingual na

região dos incisivos inferiores. Foram feitos os testes de sensibilidade a todos os dentes do 5.º sextante, onde se verificaram repostas normais em todos os elementos exceto no 41. Optou-se por realizar tratamento endodôntico não cirúrgico apenas do dente 41, foi feita um protocolo de irrigação e instrumentação minuciosos de modo a eliminar os fatores causais da lesão, e tendo em conta a irregularidade do ápex foi feita uma obturação com um *plug* apical de MTA. Passada uma semana a paciente encontrava-se assintomática e a fístula tinha desaparecido. Passado 1 ano, a paciente encontra-se assintomática e o CBCT de *follow-up* apresenta fortes indícios de cura, apesar da lesão não ter desaparecido totalmente. **Discussão e conclusões:** Uma vez que é clínica e radiograficamente impossível diferenciar um quisto verdadeiro, de um quisto de bolsa ou de um granuloma uma abordagem judiciosa deve favorecer uma abordagem conservadora ao tratamento. Vários estudos clínicos têm confirmado que abordagens não cirúrgicas com um controlo adequado da infeção podem promover a cura de lesões periapicais de grandes dimensões. Sendo assim, o primeiro tratamento das lesões periapicais deve ser apenas direcionado para remover os fatores causais.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.645>

SPE#5 – Prognóstico do tratamento endodôntico com extrusão apical de cimento: caso clínico



Barros J¹, Rodrigues C², Capelas JA³

¹ Professora Auxiliar Convidada, Departamento de Endodontia – FMDUP. ² Professora Auxiliar, Departamento de Endodontia – FMDUP. ³ Professor Associado, Departamento de Endodontia.

Introdução: Idealmente, o material de obturação utilizado no tratamento endodôntico deve ficar confinado ao espaço intrarradicular. No entanto, este controlo nem sempre é possível e pode ocorrer extravasamento do cimento de obturação. A literatura sugere que a solubilidade e biocompatibilidade do cimento utilizado podem influenciar o prognóstico do tratamento, e ainda, que nos casos de extravasamento o prognóstico é consideravelmente melhor em dentes sem lesão periapical do que em casos clínicos com periodontite apical. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, raça caucasiana, de 9 anos de idade, com história de traumatismo por queda de bicicleta em 2012, sofre fratura coronária não complicada e subluxação dos dentes 21 e 11. Os tratamentos no âmbito do episódio de urgência foram realizados pela área de odontopediatria (indicação de dieta mole, férula semi-rígida e restauração convencional). Em 2014, a paciente foi encaminhada para a área diferenciada de endodontia devido à presença de fístula no dente 21 com registo de diagnóstico de necrose pulpar. Foi realizado o tratamento endodôntico com instrumentação mecanizada com limas Protaper Universal e obturação com o cimento AH Plus, com obtenção do *follow up* radiológico aos 9 e 18 meses e aos 3 e 4 anos. Em 2017, durante o tratamento ortodôntico é diagnosticado necrose pulpar no dente 11. Foi realizado o mesmo protocolo de tratamento endodôntico, seguido de *follow up* aos 9, 18 e 24 meses. Em ambos os tratamentos verificou-se a ocorrência de extrusão apical de cimento de obturação. **Discussão e conclu-**

sões: Quando ocorre extrusão de cimento é expectável que este seja solubilizado pelos fluídos dos tecidos periapicais, fagocitado ou encapsulado pelos tecidos fibrosos conjuntivos. Segundo a literatura, a persistência do cimento no periápice observável nas radiografias do *follow up* do caso clínico apresentado, pode estar diretamente relacionada com a baixa solubilidade do cimento utilizado (AH Plus). Assim, apesar do possível atraso no processo de cicatrização dos tecidos periapicais e/ou complicações pós-operatórias causadas pela extrusão do cimento, a sua permanência nos tecidos não é sinónimo do comprometimento do sucesso do tratamento endodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.646>

SPE#6 – Sinusite Odontogénica Maxilar Crónica de etiologia infecciosa



Sónia Cristina Rodrigues ¹; Joana Marques ²; Joana Pereira ³; Diana Sequeira ²; Patrícia Diogo ²; Paulo J Palma ²; João Miguel Santos ²

¹Aluna do Mestrado Integrado de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ² Instituto de Endodontia, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra ³ Médica Dentista

Introdução: A Rinosinusite Maxilar Crónica de origem dentária (um subtipo da Sinusite Odontogénica Maxilar) tem uma incidência significativa e muito variável entre os estudos (entre 10 a mais de 50%). Os dentes posterossuperiores encontram-se em estreita relação com os seios maxilares e em cerca de 40% dos casos as raízes dos molares estabelecem íntimo contacto com o seio maxilar. O presente trabalho visa descrever o diagnóstico e tratamento de um caso clínico, com *follow-ups* que evidenciam a resolução da patologia após tratamento endodôntico do molar superior necrosado. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 20 anos (ASA 1), surge na clínica com odontalgia severa no dente 16, dor intensa no seio frontal e maxilar direitos, que agrava com inclinação anterior da cabeça. Obstrução nasal, maioritária ao lado direito e rinorreia. Após a observação oral, verifica-se no 16 a presença de uma restauração extensa em resina composta; testes de percussão vertical e horizontal positivos; testes térmicos e elétricos negativos. As radiografias periapicais revelaram espessamento do ligamento periodontal, pelo que foi diagnosticada necrose pulpar com periodontite apical sintomática. Como exame complementar, foi efetuada 1 tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT). A utente iniciou antibioterapia e foi realizada a preparação canalar do dente com sistema Hyflex CM, irrigação canalar com hipoclorito de sódio a 3% e medicação intracanal com hidróxido de cálcio. Duas semanas depois, o dente foi obturado com Gutapercha e cimento à base de resina epóxica (AH Plus[®]), tendo sido restaurado definitivamente com resina composta (Admira[®], Voco) pela técnica directa incremental. Foram efetuados 3 controlos pós-operatórios aos 1, 12 e 24 meses. **Discussão e conclusões:** A Rinosinusite Maxilar Crónica de origem dentária é uma discinesia mucociliar temporária e reversível, secundária a uma infeção dentária e/ou tratamento odontogénico que afeta a integridade da membrana Schneider e do assoalho do seio. Como tal, o clínico deve reconhecer as características da pato-