

logia e o tratamento incide primariamente, no controlo da infeção. Os procedimentos cirúrgicos tradicionais no seio maxilar devem ser realizados apenas após a resolução da situação endodôntica e em casos recalcitrantes. A antibioterapia poderá oferecer alívio dos sintomas, melhorando a limpeza dos seios, e esta é indicada apenas e somente em infeções de rápida disseminação.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.647>

SPE#7 – Procedimento Endodôntico Regenerativo com L-PRF: Caso clínico



António Melo Ferraz^{1,3,4,5}, Joana André^{1,2}, Paula Júlio^{1,2}, Paulo Miller^{1,4,6}

¹Médico Dentista. ²Aluno Pós-Graduação Endodontia IUCS CESPU. ³Aluno Doutorado DCBAS CESPU. ⁴Docente Pós-Graduação Endodontia IUCS CESPU. ⁵Assistente Convidado IUCS CESPU. ⁶Professor Auxiliar IUCS CESPU.

Introdução: Tradicionalmente, os dentes permanentes imaturos com polpa necrótica e periodontite apical são tratados com procedimentos de apexificação. O tratamento de apexificação é biocompatível e bioativo, no entanto, não tem potencial para restaurar a vitalidade do tecido danificado no espaço do canal e promover a maturação da raiz. O tratamento endodôntico regenerativo contempla procedimentos que permitem o desenvolvimento da raiz, o aumento da espessura da parede do canal e o encerramento apical. A produção de matrizes usando um concentrado de plaquetas conhecido como fibrina rica em plaquetas e leucócitos (L-PRF) de natureza totalmente autóloga, pode aumentar o potencial de regeneração dos tecidos. Apresentamos um caso clínico onde foram utilizados procedimentos endodônticos regenerativos modificados, utilizando L-PRF para tratamento de um pré-molar inferior imaturo necrosado com periodontite apical sintomática associada. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino com 10 anos de idade com dor no 3.º quadrante. O exame clínico revelou que o dente 35 respondia negativamente aos testes de sensibilidade, exibindo dor na percussão e palpação e apresentando leve mobilidade. O exame radiográfico revelou que o dente 35 tinha o ápex aberto. Com base nos exames clínicos e radiográficos, foi feito o diagnóstico de dente imaturo com polpa necrótica e periodontite apical sintomática. Considerando as várias opções de tratamento possíveis optou-se, com o acordo do paciente e dos pais, pela revitalização com o auxílio da L-PRF em 2 sessões. A avaliação clínica após 1 mês revelou que o dente se encontrava assintomático e insensível à percussão e palpação. Apresenta-se o controlo radiográfico aos 3, 4, 8, e 12 meses onde se pode observar o espessamento da parede radicular e alongamento das raízes. **Discussão e conclusões:** O tratamento endodôntico regenerativo, ao promover a maturação radicular e a reconstituição de um tecido vivo, permite diminuir a probabilidade de fratura radicular e o fornecimento de células do sistema imunológico que funcionarão como principal linha do mecanismo de defesa antimicrobiana no espaço canal. No caso apresentado obtivemos a ausência de sinais e sintomas clínicos e o espessamento da parede radi-

cular, aos 3 meses. Aos 12 meses observa-se um desenvolvimento radicular aumentado e encerramento apical. Com base nestes resultados, a matriz de L-PRF aparenta ter um papel importante e acelerador no processo reparativo.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.648>

SPE#8 – Barreiras apicais usando diferentes biomateriais – casos clínicos



Soares F¹, Barros L², Correia L², Valério P², Pereira S², Quaresma SA³, Gingeira A³

¹Mestre em Medicina Dentária, aluna de pós-graduação B-Learning de endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, ²Aluno de pós-graduação B-Learning de endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, ³Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: Barreiras apicais são necessárias em casos de desenvolvimento apical incompleto, casos de reabsorção radicular apical externa e casos de sobreinstrumentação para impedir a extrusão de materiais nos tecidos periapicais. O MTA é muito usado pela sua biocompatibilidade e propriedades físicas. Mas tempos de presa prolongados, dificuldades de manuseamento e possível descoloração provocada, conduziram à busca de outros materiais. Novos cimentos como o Biodentine são introduzidos e a maioria, compostos por cálcio e silicato têm a bioatividade como propriedade comum. O Biodentine caracteriza-se por ser fácil de manusear devido à sua textura e curto tempo de presa. O objetivo da apresentação é, através de casos clínicos, discutir a aplicação destes dois materiais na execução de barreiras apicais, tendo por base a literatura atual. **Descrição dos casos clínicos:** Retratamento não cirúrgico do dente 22, com diagnóstico pulpar de Dente Previamente Tratado e Diagnóstico Periapical de Periodontite Apical Sintomática. Desobturação com R25 (Recipro) e instrumentação com Protaper Next; calibração apical até lima NiTi manual 60. Dado o grande calibre apical realizou-se a barreira apical com Biodentine; preparado segundo as indicações do fabricante e condensado com pluggers manuais. Follow-up de 6 meses. Tratamento endodôntico do dente 21, com Diagnóstico Pulpar de Necrose Pulpar e Diagnóstico Periapical de Periodontite Apical Sintomática. Instrumentação com Protaper Next e calibração apical até lima NiTi manual 60. Dado o grande calibre apical realizou-se a barreira apical com MTA, aplicado utilizando um transportador e condensado com pluggers manuais. Follow-up de 6 meses. **Discussão e conclusões:** As propriedades antimicrobianas do MTA e Biodentine podem ser atribuídas ao pH elevado. Com as mesmas aplicações clínicas, a sua colocação como plug apical é tecnicamente sensível e implica experiência do operador. Segundo alguns estudos, a capacidade de selamento apical do Biodentine é semelhante ao MTA em qualquer espessura da barreira, sendo a redução da espessura que aumenta significativamente a microinfiltração; 3 e 4 mm de espessura revelaram uma boa capacidade de selamento, independentemente do biomaterial testado. As evidências sobre o uso de novos cimen-

tos como material de obturação canal são limitadas. Poucos estudos avaliaram estes cimentos e os que existem têm baixo nível de evidência. Assim, mais investigações são necessárias para avaliar o uso de cimentos como o Biodentine. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.649>

SPE#9 – Retratamento Endodôntico Não Cirúrgico de um 1.º Molar Mandibular com 3 Canais Distais

Pereira SM¹, Quaresma AS², Ginjeira A², Soares F³, Barros L³, Correia LP³, Valério P³.

¹ Mestre em Medicina Dentária, Aluna da pós-graduação B-Learning de endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, ² Departamento de Endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, ³ alunos de pós-graduação B-Learning de endodontia, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: O conhecimento da anatomia do sistema de canais de cada dente e das suas variações são importantes para o planeamento de um tratamento endodôntico de forma a maximizar as probabilidades do seu sucesso. Na população caucasiana, o 1.º molar mandibular é reconhecido pela sua anatomia complexa apresentando, na sua maioria, 2 raízes associadas a várias configurações canais. Este trabalho teve como objetivo apresentar a resolução de um caso de retratamento endodôntico de um 1.º molar mandibular com uma anatomia pouco comum, 3 canais na raiz distal. **Descrição do caso clínico:** Uma paciente do sexo feminino e com 45 anos de idade compareceu na clínica apresentando um quadro clínico de dor e desconforto à palpação no 3.º quadrante. Foi observada por uma colega que detetou uma lesão apical associada ao dente 36, medicou com amoxicilina + ácido clavulânico e encaminhou para RENC com recurso a microscópio. A paciente compareceu na consulta passados 5 meses apresentando um diagnóstico pulpar de dente previamente tratado e um diagnóstico periapical de periodontite apical sintomática. Foi realizado acesso com broca esférica diamantada de mandril longo e refinamento da cavidade de acesso com ponta de ultrassons Start-X3. Desobturação de todos os canais com R25 e obtenção de permeabilidade com lima 10 K. Instrumentação com R25 no canal DL, DM, MV, ML e com Wave One Gold Medium no DV. Obturação por onda contínua de calor com cones de guta-percha calibrados 4% e utilizando cimento de resina epoxy Ahplus. Foi realizado follow-up a 6 meses e a paciente encontra-se assintomática sendo possível verificar diminuição da lesão. **Discussão e conclusões:** A causa maior para o insucesso do tratamento endodôntico resulta da incapacidade em localizar e tratar todos os canais do sistema radicular. A ocorrência de 3 canais na raiz distal apresenta uma incidência de 0,2-3%. No entanto, um estudo realizado na população portuguesa por Martins et al. em 2018, reportou uma incidência de 0% no que se refere a raízes distais com 3 canais. Tendo em conta a baixa prevalência de 1.º molares mandibulares cuja raiz distal possui 3 canais, o presente caso demonstra a importância de um correto diagnóstico e abordagem endodôntica inicial, sendo de interesse acresci-

do a discussão sobre as causas que conduziram ao retratamento endodôntico não cirúrgico (RENC) e os vários conceitos e instrumentos disponíveis para facilitar e melhorar a localização de canais. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.650>

SPE#10 – Revitalização Pulpar de um Dente Imaturo com Abscesso Apical Agudo: Caso Clínico

Ana Filipa Sousa¹, Andreia Parra¹, Luís Corte-Real², Sónia Ferreira², Mário Barbosa², Fausto Silva²

¹ Estudante da Pós-Graduação em Endodontia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS-CESPU).

² Assistentes convidados da Pós-Graduação em Endodontia do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS-CESPU).

Introdução: A revitalização de polpas necróticas é uma opção de tratamento conservador alternativo para dentes permanentes com raízes imaturas. Este novo procedimento explora todo o potencial da polpa para a deposição de dentina e assim, fornece uma particularidade essencial: a conclusão da maturação radicular. Os fatores chave para o sucesso desta terapêutica são a ausência de infecção intracanal e a presença de um coágulo sanguíneo. **Descrição do caso clínico:** Paciente com 6 anos de idade compareceu à consulta devido a traumatismo dentário dos dentes 11 e 21. Após observação clínica, verificou-se a existência de necrose pulpar do dente 11, associado a um abscesso apical agudo. Dentro das várias opções terapêuticas, optou-se pela revitalização da polpa necrótica. O tratamento foi efetuado com irrigação intracanal, de modo a eliminar o tecido necrótico, com Hipoclorito de Sódio 5,25 % e clorhexidina 2%, e aplicou-se uma pasta triantibiótica. Após 2 semanas, comprovou-se a melhoria dos sinais e sintomas clínicos. Na segunda fase do tratamento, irrigou-se o canal com EDTA a 17%, e estimulou-se a formação de um coágulo sanguíneo. Por fim, aplicou-se uma barreira de MTA branco. **Discussão e conclusões:** Após análise aprofundada dos riscos, complicações e possíveis resultados da revitalização pulpar, decidiu-se que tendo em conta a idade da paciente e o estágio de desenvolvimento radicular do dente, o tratamento de revitalização era o mais indicado. A sintomatologia normalizada deste dente foi reposta. No entanto, apesar desta resposta positiva, permanece incerta a natureza e a aparência histológica do novo tecido, principalmente em dentes imaturos infecionados com periodontite apical. Portanto, a revitalização pulpar não deverá ser referida como um método regenerador, mas sim, como um método reparador de tecidos. Para além disto, acredita-se que a monoclina seja a responsável por uma desvantagem deste procedimento – a descoloração da coroa. A presença de um follow up de 8 anos, com a formação completa do ápice, permite prever um bom prognóstico para este dente, diminuindo o risco de fratura a longo prazo e facilitando qualquer futura intervenção endodôntica. Atualmente, o protocolo de revitalização considera a substituição da monoclina, ou a utilização de uma pasta biantibiótica ou de Hidróxido de Cálcio. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.651>