

apresentaram insucesso do tratamento endodôntico primário. Clinicamente, em ambos, foi feita a correção da cavidade de acesso, no sentido de permitir um acesso reto ao sistema de canais, pré alargamento do canal até à zona de bloqueio, utilização de limas de aço manuais com movimentos *watch winding*, sequencialmente, e utilizando medidas crescentes de limas de pequeno calibre com um quelante coadjuvante. O sistema de limas no primeiro caso clínico foi de ponta inativa (C-pilot) e a progressão foi lenta, enquanto que no segundo caso no canal bloqueado, foi utilizado ainda o sistema de limas C+ e a progressão ocorreu de uma forma mais célere. O 1.º caso clínico apresenta um período de *follow up* de 12 meses e o 2.º caso clínico tem 6 meses. **Discussão e conclusões:** Tipicamente, o uso de limas de pequeno calibre está indicado para *glide path* inicial. Uma metodologia possível recorre ao uso de limas de tamanho 08 e 010 K-files de aço. O uso de agentes quelantes permite lubrificar e assistir na instrumentação. O uso de uma técnica *crown down* melhora o acesso e instrumentação mais apical do sistema de canais. As obliterações canulares podem dificultar o tratamento endodôntico. É fundamental considerar um aumento do calibre do canal em coronal ao bloqueio (técnica *crown down*), deteção do bloqueio com lima pré curvada de aço de baixo calibre, irrigação copiosa com hipoclorito de sódio ou segundo alguns autores poderemos utilizar também um quelante líquido. Os movimentos de 30.º no sentido horário e 30.º no sentido anti-horário de pequena amplitude permitem o alcance da permeabilidade. O prognóstico do tratamento endodôntico não é afetado quando um bloqueio é resolvido.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.658>

REVISÃO

SPE#20 – Guias estáticos em endodontia



Pereira Ia^{1*}, Costa AC¹, Fernandes C¹, Marques JA², Falacho RI³, Santos JM², Palma PJ²

¹Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra ²Instituto de Endodontia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra ³Instituto de Implantologia e Prostodontia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Objetivos: Avaliar a aplicabilidade, vantagens, desvantagens e precisão de guias cirúrgicos em tratamentos endodônticos convencionais e cirúrgicos, culminando na descrição da respetiva técnica de confeção. **Métodos:** Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, recorrendo à seguinte chave: (“endodontics”[MeSH Terms] OR “endodontics”[All Fields]) AND guided[All Fields] AND (“2009/04/26”[PDat]: “2019/04/23”[PDat] AND (Portuguese[lang] OR English[lang])). **Resultados:** A metodologia utilizada permitiu a obtenção inicial de 182 artigos, dos quais foram selecionados 20 após a leitura dos respetivos títulos e *abstracts*. Após leitura integral manteve-se a seleção final de 20 artigos. Guias cirúrgicos são dispositivos intraorais que permitem orientar diferentes procedimentos clínicos. Em endodontia estes são utilizados como auxílio ao acesso endodôntico coronário ou cirúrgico. A literatura

descreve a existência de guias estáticos e dinâmicos, sendo que este trabalho de revisão incide sobre os primeiros. Um guia estático pressupõe o recurso a técnicas de tomografia computadorizada para recolha da informação sobre posicionamento radicular e canal, permitindo desenhar o dispositivo que guiará os instrumentos rotatórios no acesso; bem como a utilização de uma digitalização das estruturas intraorais que permite o desenho estável da estrutura guia. A recolha da informação intraoral pode ser efetuada por um scanner intraoral, possibilitando uma aquisição direta, ou através de técnicas convencionais de impressão que serão posteriormente digitalizadas com recurso a scanners laboratoriais. Após a recolha dos dados imagiológicos e clínicos do paciente, estes são tratados e alinhados digitalmente para permitir ao endodontista desenhar o guia que deverá ser preciso e estável. **Conclusões:** As vantagens da utilização de guias cirúrgicos incluem a redução do tempo de cadeira na consulta de intervenção clínica e a diminuição da probabilidade de erros iatrogénicos, tais como perfurações e fraturas radiculares. Estes permitem técnicas menos invasivas com conseqüente preservação de estrutura dentária ou óssea, conferindo porém um custo acrescido ao tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.659>

SPE#21 – Revisão narrativa da literatura: desinfecção canal com o sistema sónico EDDY



Sara Paixão¹, Cláudia Rodrigues², Liliana Grenho³

¹Aluna de Doutoramento na FMDUP; ²Departamento de Endodontia da FMDUP; ³Laboratory for Bone Metabolism and Regeneration, Faculdade de Medicina Dentária, U. Porto; LAQV/REQUIMTE, U. Porto

Objetivos: É conhecida a impossibilidade de realizar um completo desbridamento dos canais radiculares, existindo uma acumulação de detritos, bactérias e seus produtos, o que causa uma inflamação peri-radicular persistente. A complexa anatomia canal permite a sobrevivência de bactérias, mesmo após a realização de protocolo de instrumentação e desinfecção. A instrumentação, não consegue eliminar todos os micro-organismos, sendo necessário recorrer a irrigantes e medicação intracanal. Contudo, estes métodos apenas conseguem desinfetar 40%-60% das superfícies canulares, o que conduz ao fracasso de muitos tratamentos. **Métodos:** Revisão da literatura indexada na PubMed. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos, até Março de 2019, em inglês, com as palavras-chave: sonic irrigation and eddy e eddy irrigation. Foram obtidos 40 artigos, dos quais apenas 8 foram selecionados, sendo todos eles estudos in vitro. Foram incluídos os estudos que abordam o sistema EDDY e os que abordam cumulativamente o sistema EDDY e a irrigação sónica e ultra-sónica. **Resultados:** O sistema sónico EDDY produz vibrações sónicas e as suas pontas de poliamida flexível previnem o corte de dentina e a alteração da morfologia canal durante a ativação a alta frequência. Cria um movimento tridimensional que desencadeia a cavitação e transmissão acústica, dois efeitos físicos, até agora apenas atribuídos a uma melhor eficiência de lim-

peza da ativação passiva ultrassônica. O EDDY mostrou ser efetivo na remoção de detritos e tecido orgânico das paredes canalares, tem uma diminuição da carga bacteriana comparável com a ativação passiva ultrassônica e uma melhor eficácia quando comparado com a irrigação convencional. Uma solução de 3% de hipoclorito de sódio, com ativação EDDY consegue criar paredes canalares quase sem detritos e apresenta uma eficácia antibacteriana a nível intratubular superior à irrigação convencional. **Conclusões:** O sistema EDDY mostrou-se superior à irrigação manual, relativamente à remoção de smear layer e remoção de detritos. Verificou-se ainda que o EDDY, consegue diminuir significativamente a carga bacteriana intra-canal.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.660>

SPE#22 – Reabilitação de dentes posteriores tratados endodonticamente: restaurações indiretas



Melo M¹, Costa AC¹, Pereira IA¹, MARQUES JA², Falacho RI³, Santos JM², Palma PJ²

¹Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra ²Instituto de Endodontia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra ³Instituto de Implantologia e Prostodontia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Objetivos: Realizar uma revisão narrativa da literatura, de forma a determinar e avaliar as técnicas e materiais disponíveis para reabilitação indireta de dentes posteriores tratados endodonticamente. **Métodos:** Pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed recorrendo à seguinte fórmula de pesquisa: (“Tooth, Nonvital”[Mesh] OR “endodontics”[All Fields] OR “endodontically treated teeth” [All Fields]) AND (“Inlays” [Mesh] OR “Crowns”[Mesh] OR “cusp coverage”[All Fields] OR “crown”[All Fields] OR “onlay”[All Fields] OR “overlay”[All Fields] OR “endocrown”[All Fields] OR “Ceramics” [Mesh] OR “ceramic” [All Fields]) AND ((systematic[sb] OR Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp]) AND “2009/04/23” [PDAT]: “2019/04/20”[PDAT]). **Resultados:** A metodologia utilizada permitiu a obtenção inicial de 89 artigos, dos quais foram selecionados 31 após a leitura dos respetivos títulos e abstracts. Após a leitura integral obteve-se uma seleção final de 22 artigos, aos quais foram adicionadas 3 referências cruzadas, perfazendo um total de 25 referências bibliográficas. A reabilitação de dentes com tratamento endodôntico deve focar-se na preservação de estrutura dentária. A escolha da técnica restauradora depende da quantidade de tecido coronário remanescente, da localização do dente na arcada e forças mastigatórias a que este está sujeito. Este trabalho de revisão narrativa permitiu verificar que a utilização de espigões pode ser justificada em situações excecionais de reabilitação de pré-molares extensamente destruídos em que a área adesiva não é suficiente para assegurar uma retenção eficaz da restauração. Meios adicionais de retenção parecem ser desnecessários em molares dado que estes apresentam, por norma, área adesiva suficiente para contrariar forças de tração, independentemente do seu grau de destruição. **Conclusões:** Na escolha do tipo de restauração indireta,

deve prevalecer a preservação de estrutura, sendo as coroas relegadas para último na escala de indicações, restritas a situações de exceção. O recurso a endocrowns é preferencial quando comparado com a perda de estrutura associada à preparação para coroas de revestimento total, mas provoca tensões intracamarais e aumento da probabilidade de fratura da estrutura dentária remanescente quando comparadas a reabilitações com recurso a core de resina composta recoberto por onlay cerâmico, sendo esta a opção apontada pela literatura como a de eleição na restauração de dentes posteriores tratados endodonticamente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2019.12.661>

SPE#23 – Reimplante intencional, a última oportunidade de tratamento



Gomes Joana*, Figueiredo Joana*, Lima Inês*, Oliveira João*, Sacramento, José Manuel**, Caetano, Luís**, Barbosa, Catarina**.

*Aluna da Pós-Graduação de Endodontia IUCS **Docente da Pós-Graduação de Endodontia IUCS

Introdução: O reimplante intencional 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. Apesar de estar descrita há muitos anos e com elevadas taxas de sucesso, tem sido considerada como um procedimento de último recurso. Isto deve-se ao facto de envolver fases cirúrgicas delicadas com tempos de trabalho reduzidos, daí que o operador tenha de se sentir confiante na técnica que vai executar, de forma a conseguir atingir o melhor resultado possível. Para além disso, as técnicas de retratamento endodôntico não cirúrgico e cirúrgico convencionais têm evoluído bastante em todas as suas componentes, resolvendo a maioria das patologias pulpares e dos tecidos perirradiculares, razão pela qual a reimplantação não seja recorrentemente utilizada na prática clínica dos Médicos Dentistas. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo mostrar os aspetos gerais da técnica de Reimplante Intencional, a sua história na Medicina Dentária, as suas indicações e contraindicações, os seus riscos e a sua conveniência como uma opção de tratamento conservador antes da remoção dentária. **Métodos:** Foi feita uma pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, concretizando-a através das seguintes palavras-chave: “Intentional Replantation”; “Tooth replantation endodontic”; “Replantation endodontic”. Foram selecionados 21 artigos relevantes para este trabalho. **Resultados:** A maioria dos autores consideram o reimplante intencional como uma opção válida por ter taxas de sucesso elevadas, sugerindo-o como uma opção que parece não ser possível dispensar devido à sua alta previsibilidade, devendo esta técnica ser considerada como um tratamento convencional e não como um tratamento de último recurso. **Conclusões:** Os retratamentos endodônticos não cirúrgico e cirúrgico convencionais são tratamentos de primeira escolha em casos de periodontite apical recorrente. Contudo, devido a dificuldades anatómicas, iatrogénicas ou existirem contraindicações para a realização destes trata-