

sua eficaz exploração e abordagem. Neste trabalho apresentamos um caso clínico, nunca previamente reportado, de um tratamento endodôntico de um segundo molar superior (2.ºMS) definitivo com 6 canais radiculares em que 4 dos mesmos se encontravam na raiz mesio-vestibular (MV): MV1, MV2, MV3 e MV4. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino recorreu a uma consulta com queixas de dor constante. Ao exame clínico e radiográfico o dente 17 apresentava cárie disto-vestibular (DV) e restauração oclusal em amálgama. Ausência de dor à palpação ou mobilidade. Resposta dolorosa à percussão vertical e ausência de resposta ao teste de sensibilidade ao frio. Foi diagnosticada necrose pulpar e periodontite apical sintomática. Foi proposto tratamento endodôntico. Após anestesia, isolamento e acesso sob ampliação com microscópio óptico foi efetuado um refinamento com ponta de ultrassom e identificou-se um extenso sulco de desenvolvimento entre o canal MV e o canal palatino (P), que continha 3 canais adicionais (MV2, MV3 e MV4). Foi realizada a permeabilização, determinação do comprimento radiográfico e a preparação canal, com o sistema de limas rotatórias Endogal, sob constante irrigação com hipoclorito de sódio 5,25%. Numa segunda consulta foi realizado o protocolo de irrigação final e a obturação canal com gutta-percha e cimento. O dente foi definitivamente restaurado com resina composta com recobrimento cuspidé. Aos cinco meses a paciente encontra-se sem sintomas e radiograficamente sem alterações. **Discussão e conclusões:** Segundo um estudo prévio, no 2.ºMS a raiz MV apresenta em 43,8% das vezes 2 canais radiculares. Uma meta-análise recente conclui que a prevalência do canal MV3 em 2.ºMS é de 0,3%. Os casos publicados de MV4 em 1.ºMS são raros, e não se encontra na literatura nenhum caso alguma vez descrito de MV4 em 2.ºMS. No caso aqui apresentado verificou-se a existência de 4 canais radiculares na raiz MV, de configuração tipo XXI (4-1) tendo as raízes P e a DV apenas um canal radicular cada. Casos clínicos de 2.ºMS com esta complexidade anatómica são raros. A utilização de microscópio óptico foi essencial para a deteção e abordagem de todos os canais radiculares. O uso concomitante de pontas US permitiu expor todo o sulco de desenvolvimento radicular e respetivos canais de uma maneira conservadora.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.758>

#036 Síndrome de dente fissurado: caso clínico tratado recorrendo a banda ortodôntica



Junedakthar Shaikh, Abayomi Omokeji Baruwa, Mariana Domingos Pires*, Jorge N.R. Martins, António Ginjeira

Dept. de Endodontia – Faculdade de Medicina Dentária – Universidade de Lisboa

Introdução: O Síndrome de dente fissurado (SDF) pode ser definido como um plano de fratura de profundidade desconhecida, que é originada a partir da coroa, passa através da estrutura dentária e estende-se até sub-gengival, e pode progredir podendo conectar o espaço pulpar e/ou ligamento periodontal. O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de um caso clínico de um dente fissurado tra-

tado recorrendo a uma banda ortodôntica. **Descrição do caso clínico:** Um paciente foi referenciado para Endodontia com queixas de dores contínuas que aumentavam à mastigação. O paciente referiu um episódio de dor intensa. Apresentava o dente 47 com resposta à percussão. A visualização da face distal da coroa mostrou uma linha de fissura. O teste ao frio evidenciou resposta compatível com polpa necrosada. O exame radiográfico mostrou uma aparente estrutura intacta com radiolucidez lateral e apical em ambas as raízes mesial e distal. Foi realizado um diagnóstico de dente fissurado com necrose pulpar e periodontite apical sintomática. Foi planeado o tratamento endodôntico e explicado ao paciente o prognóstico reservado. O bloqueio do nervo alveolar inferior foi administrado. Uma banda ortodôntica foi colocada no molar para estabilizar as estruturas da coroa. O procedimento endodôntico foi realizado sob isolamento absoluto e seguindo as guidelines da European Society of Endodontology. Nenhuma linha de fratura foi detetada envolvendo o chão da câmara pulpar. O tratamento foi completado em 2 consultas. Na segunda visita não apresentava sintomas. Depois de um período de seis meses permanece livre de sintomas. **Discussão e conclusões:** A incidência de fissuras é considerável em molares inferiores, devido à sua proximidade com a articulação temporomandibular. As opções de tratamento para a síndrome dente fissurado pode envolver, ou não, o tratamento endodôntico (TE), que deve ser complementado com recobrimento cuspidé em resina, overlay ou coroa completa. A opção de extração não pode ser desconsiderada. A taxa de sobrevivência com TE é de cerca de 85-90% por um período de 2 anos. A existência de sondagem periodontal está altamente relacionada com a taxa de sobrevivência. O caso apresentado foi capaz de resolver e aliviar os sintomas rapidamente. Um maior tempo de controlo e estudos longitudinais prospetivos são necessários para compreender melhor o prognóstico desta opção de tratamento com estabilização da linha de fissura com uma banda ortodôntica.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.759>

#037 Displasia Óssea Florida – A Importância do Diagnóstico Diferencial em 3 Casos Clínicos



Andreia Hortênsio*, Filipa Neto, Joana Rocha, Jorge Martins, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: A displasia óssea florida, ou displasia cemento-óssea florida, representa um conjunto de lesões fibro-ósseas não-neoplásicas, idiopáticas, localizadas nas áreas de suporte dos dentes ou no processo alveolar edêntulo dos maxilares. É uma condição assintomática, mais frequentemente observada na mandíbula, com maior incidência em mulheres afroamericanas ou asiáticas de meia-idade. O seu diagnóstico é baseado em achados clínicos e radiográficos, incluindo a realização de testes de sensibilidade pulpar, e raramente é necessário tratamento. O objetivo deste trabalho é reportar 3 casos de displasia óssea florida em que o conhecimento da patologia e meios de