

## **XLI Congresso Anual da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (SPEMD) 7, 8 e 9 de outubro de 2021**

### CASOS CLÍNICOS

#### **#001 Tratamento endodôntico de um dens invaginatus tipo IIIb num incisivo lateral superior**



Flávia Cracel Nogueira\*, Mariana D Pires, Duarte Amaro,  
Sérgio André Quaresma, Jorge N.R. Martins, António Ginjeira

Centro Hospitalar Universitário São João (CHUSJ), Faculdade  
de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (FMDUL)

**Introdução:** Dens invaginatus é uma alteração dismorfogénica de desenvolvimento dentário que se caracteriza pela invaginação de esmalte e dentina resultando na formação de um lúmen intra-dentário. A classificação mais comum baseia-se na avaliação radiográfica da extensão da invaginação e comunicação com os tecidos periodontais. O tipo IIIb apresenta a maior complexidade anatómica, estando mais frequentemente associado a lesões periapicais. **Descrição do caso clínico:** Paciente recorreu a uma consulta por queixas estéticas relacionadas com o incisivo lateral direito superior. Ao exame clínico verificou-se discromia, restauração em resina composta no cingulo e faces proximais, bem como um aumento da dimensão mesio-distal em relação ao dente contralateral. Adicionalmente, objetivou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical e à palpação, bem como ausência de resposta ao teste de sensibilidade ao frio. O exame radiográfico revelou a existência de uma invaginação bem delimitada, bem como uma extensa radiolucência apical. Foi diagnosticada necrose pulpar e periodontite apical sintomática. Foi realizada uma tomografia axial de feixe cónico (CBCT), confirmada a invaginação do tipo IIIb e identificada a sua orientação. Foi proposto, e aceite, tratamento endodôntico. Na primeira consulta, após anestesia, isolamento e acesso sob ampliação com microscópio ótico, foram identificados dois canais que foram abordados de forma independente. A instrumentação foi realizada com a lima Reciproc R25 (VDW, Germany) e a invaginação alargada coronalmente com recurso a ponta ultrassónica. Na consulta seguinte a paciente apresentava melhoras relativamente aos sintomas. Todo o procedimento foi realizado sob constante irrigação com hipoclorito de sódio

5,25% e, após o protocolo de irrigação final, os canais foram obturados com gutta-percha e cimento (AH plus, Dentsply, Germany). O dente foi definitivamente restaurado com resina composta. Aos 6 meses o caso apresenta melhoras clínicas e radiográficas. **Discussão e conclusões:** O dens invaginatus representa um desafio para o clínico quando necessitam de tratamento endodôntico, especialmente os que apresentam anatomia complexa como é o caso do tipo IIIb. Cada caso deve ser avaliado de um modo individual, de forma a conseguir atingir os objetivos do tratamento endodôntico, sendo o principal a completa desinfecção dos espaços contaminados que para as referidas anomalias de desenvolvimento envolve o espaço do lúmen invaginado também.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.860>

#### **#002 Segundo Pré-molar inferior com canal em C – A propósito de um caso clínico**



Andreia Soraia Pinto Hortênsio\*, Joana Rocha, Jorge Martins,  
Mariana Coelho Alves, Sérgio André Quaresma, António Ginjeira

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

**Introdução:** As variações anatómicas dos pré-molares inferiores devem ser sempre tidas em conta antes do início do tratamento endodôntico. A configuração em C dos canais radiculares é uma variação anatómica que ocorre mais frequentemente em segundos molares inferiores, no entanto, existem relatos na literatura da existência de pré-molares inferiores com essa configuração. **Descrição do caso clínico:** Paciente do sexo masculino, caucasiano, de 50 anos, foi encaminhada para a consulta de Endodontia para avaliação do tratamento endodôntico do dente 45. Durante o exame clínico e radiográfico observou-se um tratamento endodôntico não satisfatório feito há 10 anos, com uma lesão endodôntica associada. Após realização de testes percussão e palpação, foi diagnosticada periodontite apical sintomática, tendo sido proposto o re-tratamento endodôntico não cirúrgico. Após anestesia, isolamento absoluto, remoção da cárie, restauração pré-endodôntica, refinamento da cavidade de acesso com ponta de ultrassons

foram identificados dois canais e uma perfuração no terço cervical do dente. Os canais foram desobturados com o sistema Reciproc e com o recurso a limas 30 Hedstroem e a perfuração foi reparada com MTA (Pro-Root MTA, Dentsply Tulsa Dental, Tulsa, OK). Uma cuidadosa exploração da entrada dos canais radiculares revelou uma conformação de canal em C. Numa segunda consulta, os canais foram instrumentados com o sistema WaveOne Gold, a irrigação foi realizada com hipoclorito de sódio a 5,25% e a obturação foi feita com gutta-percha, através da técnica de condensação de onda contínua e cimento. O paciente foi encaminhado para a consulta de Prótese Fixa. Após 6 meses, o paciente permanece assintomático. **Discussão e conclusões:** Embora a sua prevalência seja baixa, o Médico Dentista deve estar atento à possível existência de segundos pré-molares inferiores com canais em C. O uso de determinadas técnicas, como magnificação e pontas de ultrassons, assim como métodos específicos de obturação a três dimensões são essenciais para tornar mais previsível a identificação, negociação e obturação dos canais, aumentando assim as hipóteses de sucesso do tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.861>

### #003 Protração maxilar tardia na fenda lábio-palatina – Caso clínico



Catarina Nunes\*, Inês Francisco, Filipa Silva Marques, Flávia Pereira, Anabela Paula, Francisco Vale

Instituto de Ortodontia da Universidade de Coimbra

**Introdução:** A fenda lábio palatina é o defeito congênito facial mais frequente, com incidência geral de 1:700 a 1:500. Algumas das características clínicas mais importantes nestes doentes são decorrentes das cirurgias efetuadas para correção da fenda. Das principais sequelas cirúrgicas destaca-se o colapso ântero-posterior e transversal maxilar, conduzindo a um desvio centrípeto dento-alveolar e avanço da pré-maxila. Como tal, estes doentes geralmente apresentam um déficit no desenvolvimento do terço médio da face, resultando numa tendência para a má oclusão de classe III e hipoplasia maxilar transversal severa, com mordida cruzada posterior. Quando estes doentes recorrem à consulta de Ortodontia, após o pico de crescimento puberal, o plano terapêutico pode contemplar diversas alternativas para correção da hipoplasia maxilar, nomeadamente a protração maxilar tardia. O objetivo deste trabalho consiste na apresentação de um caso clínico de uma doente portadora de fenda Lábio-palatina submetido a protração maxilar tardia. **Descrição do caso clínico:** Uma doente do sexo feminino, 9 anos e 10 meses de idade, apresentou-se à consulta de Ortodontia para correção da má oclusão. A doente apresentava uma fenda lábio palatina unilateral direita, classe III esquelética por hipoplasia maxilar (ANB= -6.º), má oclusão de angle de classe III, mordida cruzada anterior (overjet de -5mm) e posterior (discrepância transversal= -8,2 mm). O plano de tratamento contemplou a correção da mordida cruzada posterior, através da utilização de um aparelho fixo (quad-hélix), e a correção do colapso maxilar ântero-posterior, aplicando o protocolo da protração maxilar tar-

dia, através da máscara facial de Delaire. Após 12 meses de tratamento ortodôntico foi possível obter a correção das mordidas cruzadas anterior e posterior. **Discussão e conclusões:** Cerca de 22-26% dos doentes com fenda lábio palatina necessitam de correção do déficit maxilar no final do crescimento puberal. O avanço maxilar pós-juvenil pode ser efetuado mediante abordagens cirúrgicas ou não cirúrgicas, como a protração maxilar tardia. Esta opção inclui uma combinação de uma laxidez da sutura palatina mediana e avanço maxilar. A protração maxilar tardia pode ser uma alternativa para a correção da hipoplasia maxilar, desde que o doente seja cooperante e a necessidade de avanço não exceda os 5mm. Por sim, esta terapêutica é mais conservadora do que a abordagem cirúrgica e apresenta uma menor taxa de recidiva.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.862>

### #004 Síndrome tricorinofalangica:

#### Um caso raro



Ana Melissa Marques\*, Simão Nogueira, Maria Inês Borges, Maria Fernanda Costa, José Pedro Figueiredo

Serviço de Estomatologia – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A síndrome tricorinofalangica (TRPS) é uma displasia esquelética muito rara, de hereditariedade autossômica dominante, causada por defeitos no gene TRPS1. Caracteriza-se por anomalias craniofaciais e esqueléticas, sendo subdividida nos tipos: TRPS I, TRPS II e TRPS III. Estão descritas mundialmente apenas poucas centenas de casos. Clinicamente, é difícil distinguir os três tipos da síndrome. Apresentam-se como cabelo fino, escasso e com zonas de alopecia; nariz grande e com ponte nasal larga, região alar do nariz subdesenvolvida e columela volumosa; baixa estatura, braquidactilia, hiper mobilidade articular e oncodistrofia. Também, atraso na erupção dentária decídua e tendência para o apinhamento dentário. Podem ser detetadas alterações relevantes na região pélvica, traduzindo-se em alterações da marcha. No tipo II, a cognição pode estar moderadamente afetada. As artropatias são a principal causa de morbidade, com queixas de artralguas e tendência para fraturas ósseas, com eventual perda de mobilidade. **Descrição do caso clínico:** Menina, 12 anos, referenciada à consulta de Estomatologia para estudo de alterações dentomaxilares por história de doença genética. Aos 6 anos, iniciou seguimento em Ortopedia por artralguas mecânicas da região pélvica direita e alterações da marcha. Ao estudo radiográfico, sinais de destruição óssea da cabeça do fémur, tendo sido diagnosticada com doença Legg-Calvé-Perthes direita. Por deteção de braquidactilia, hallux valgus bilateral e alterações faciais, foi encaminhada para a consulta de genética. O estudo revelou uma mutação nonsense c.2453C>A, em heterozigotia e de novo no gene TRPS1, com diagnóstico de Síndrome tricorinofalangica do tipo I. Ao exame cervicofacial demonstra um biótipo dolicofacial com perfil reto e endognatia maxilar. Ainda, hipertelorismo ocular, fendas palpebrais oblíquas, nariz globoso e cabelo escasso. Obser-