

boca, recolocado na sua posição e fixado com cera ortodôntica. Após colocação de anestesia e do isolamento absoluto modificado, foi realizada uma pulpotomia parcial, utilizando um material à base de silicato de cálcio modificado com resina, o TheraCal LCTM, para aplicação sobre a polpa coronária remanescente. Este material foi selado com ionómero de vidro fotopolimerizável. O fragmento coronário, após hidratação em soro fisiológico, foi colado com resina composta aquecida. Foram realizadas consultas de controlo após 1 mês, 1 ano e 5 anos. Em todos os controlos foi realizado o teste de vitalidade ao frio, tendo sido sempre obtida uma resposta positiva. Não foram encontradas imagens radiográficas sugestivas de degeneração pulpar e o paciente nunca referiu qualquer sintoma. Após 5 anos, o dente encontra-se vital e apresenta uma coloração normal e um resultado estético extremamente satisfatório. **Discussão e conclusões:** Os materiais bioativos à base de silicato de cálcio libertam iões capazes de formar pontes de dentina. O TheraCal LCTM foi desenvolvido para recobrimento pulpar direto e indireto, permitindo realizar imediatamente a restauração definitiva. Demonstrou um selamento superior e uma resistência à microinfiltração idêntica ao MTA e Biodentine, com um melhor desempenho global. Embora tenham sido encontrados resultados menos favoráveis na sua aplicação direta sobre a polpa, no presente caso a vitalidade pulpar foi preservada, e nunca foi referido qualquer sintoma sugestivo de pulpíte. Apesar de, na ficha de dados de segurança do fornecedor constar o monómero acrílico Bis-GMA, a sua presença não foi detetada. No presente caso com 5 anos de follow-up da utilização de TheraCal LCTM, foi possível alcançar um excelente resultado, com preservação da vitalidade pulpar e estética dentária.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.887>

#030 Sinusite maxilar e necrose óssea: caso clínico de acidente com hipoclorito de sódio



Catarina Machado Ferreira*, Cristina Barros, Paula Maria Leite, Filipa Veiga, Marcelo Prates, Luis Fonseca

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: O hipoclorito de sódio é o irrigante mais usado no tratamento endodôntico devido à sua ação antimicrobiana eficaz e capacidade de dissolver matéria orgânica. Contudo, quando ocorre extrusão para os tecidos perirradiculares, os efeitos citotóxicos podem ser severos e debilitantes. **Descrição do caso clínico:** Mulher, 47 anos, sem antecedentes de relevo. Recorreu ao serviço de urgência hospitalar por lesão ulcerativa no primeiro quadrante, com duas semanas de evolução, acompanhada de dor que irradiava para as regiões nasogeniana, ocular, frontal, temporal e ouvido homolaterais. Referia tratamento endodôntico de 1.6 realizado duas semanas antes, durante o qual sentiu dor intensa e súbita. Ao exame objetivo, apresentava edema da hemiface direita com hipostesia, dor à palpação do seio maxilar, lesão ulcerativa no palato adjacente a 1.6 com exposição óssea e recessão gengival. Radiografia periapical revelou lesão hipotransparente de 1.6 com projeção de raiz palatina no seio maxilar. Perante o quadro clínico e anamnese, assumiu-se acidente com hipoclo-

rito de sódio. Medicada com amoxicilina 1g 2id, metronidazol 250mg 2id e nimesulida 50mg por dentista assistente, que se manteve. Pelo agravamento progressivo da dor, pediu-se tomografia computadorizada que revelou sinusite maxilar direita. Observada por Otorrinolaringologia, foi excluída necessidade de abordagem cirúrgica para lavagem do seio maxilar e acrescentado analgésico, corticóide e novo curso de antibioterapia com claritromicina. Dois meses após o acidente, completou tratamento endodôntico de 1.6 com evicção de irrigação com hipoclorito de sódio. Quatro meses após o acidente, mantém queixas de dor na hemiface direita e apresenta osso necrótico exposto do palato, pelo que se decidiu por abordagem cirúrgica da região. **Discussão e conclusões:** A extrusão de hipoclorito de sódio é uma complicação séria do tratamento endodôntico que requer uma atuação imediata para reduzir sequelas. Embora não esteja descrito na literatura a frequência com que ocorre, uma vez que não é sistematicamente reportada, acredita-se que ocorra com uma frequência relativamente baixa, tendo em conta a quantidade de tratamentos endodônticos em que é utilizado. Assim, reportamos um caso de iatrogenia com o intuito de realçar a importância de os clínicos estarem familiarizados com esta complicação e de possuírem os conhecimentos para lidar com ela no imediato, de forma a reduzir e prevenir as suas principais consequências.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.888>

#031 Primeiro pré-molar inferior com dois canais – A propósito de 3 casos clínicos



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

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: A maioria dos pré-molares inferiores apresenta uma raiz com um canal. A presença de mais de uma raiz e mais de um canal ocorre mais frequentemente nos primeiros pré-molares do que nos segundos pré-molares. A falta de conhecimento da anatomia radicular bem como capacidades técnicas pode levar à não identificação ou inadequada instrumentação e obturação dos canais radiculares. **Descrição do caso clínico:** Em todos os casos os pacientes foram encaminhados para a consulta de Endodontia para avaliação do dente 34. Nos casos 1 e 2, após avaliação clínica, testes de sensibilidade pulpar e exames radiográficos diagnosticou-se, necrose pulpar com periodontite apical assintomática tendo sido proposto o 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, no caso 1 confluentes e no 2, independentes. No caso 3, depois de um mais detalhado exame radiográfico, tomografia computadorizada de feixe cónico de alta resolução (CBCT), e realização de testes de percussão e palpação, foi diagnosticada periodontite apical assintomática, tendo sido proposto o retratamento endodôntico não cirúrgico. Após o procedimento inicial, foi identificado o canal lingual independente. O canal vestibular foi desobturado com o sistema Reciproc e com o recurso a limas 30 Heds-