

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-

troem. Todos os canais foram instrumentados com o sistema ProTaper Next, a irrigação realizada com NaOCl 5,25% e a obturação foi feita com gutta-percha, através da técnica de condensação de onda contínua e cimento. Após 6 meses, os pacientes permanecem assintomático. **Discussão e conclusões:** Canais não identificados durante o tratamento endodôntico poderão servir como reservatório de microrganismos, que são uma das principais causas da persistência da periodontite apical, podendo levar ao insucesso do mesmo. A presença de dois canais no primeiro pré-molar inferior, é um aspeto morfológico a ter em conta. O orifício do canal lingual tem normalmente um ângulo agudo e pode estar localizado no terço médio ou apical o que torna difícil a sua identificação. O uso de exames radiográficos, de ampliação e a conformação da cavidade de acesso, são essenciais para a localização dos canais. Assim, a identificação dos canais aliada a uma correta instrumentação e técnica de obturação, permitirá um bom prognóstico do tratamento endodôntico.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.889>

#032 Biodentine® na cirurgia apical de molar mandibular: A propósito de um caso clínico



Miguel Agostinho Cardoso, Diana SottoMayor*, Benedito Pires, Maria Carolina Pereira, Pedro Pereira, Bruno Leitão de Almeida

Faculdade de Medicina Dentária, Universidade Católica Portuguesa

Introdução: A microcirurgia endodôntica baseia-se na premissa básica da remoção de todo o conteúdo necrótico e no selamento completo do sistema de canais radiculares. A introdução do microscópio, microinstrumentos, pontas ultrasónicas e materiais retrobturadores biocompatíveis e bioativos tem aumentado a previsibilidade destes procedimentos. Estudos suportam que o MTA e os novos materiais derivados de silicato de cálcio, devido à sua biocompatibilidade e capacidade de selamento, promovem uma melhor cicatrização dos tecidos periradiculares. **Descrição do caso clínico:** Um paciente, do género masculino, de 22 anos e saudável, dirigiu-se à consulta na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu, com queixas algicas referentes ao dente 46 que tinha sido submetido a um tratamento endodôntico radical em 2014 e um retratamento não cirúrgico em 2020. Referia uma dor pulsátil com evolução e agravamento nos últimos 6 meses. No exame clínico, observou-se dor à percussão vertical e horizontal no dente 46. Perante a avaliação imagiológica (CBCT) identificou-se uma lesão apical com envolvimento de ambas as raízes, com extravasamento do material obturador e uma fenestração vestibular. O plano de tratamento proposto passou pela cirurgia apical com apicectomia em ambas as raízes e retrobturação com Biodentine®. Após o consentimento informado, procedeu-se à anestesia e efetuou-se um retalho em envelope desde o dente 43 até distal do dente 47, com uma descarga vestibular. Foi realizada uma osteotomia para dar acesso ao ápice das raízes e ao tecido de granulação da lesão periapical. Após limpeza da loca cirúrgica procedeu-se à apicectomia dos 3mm apicais. De seguida,

com recurso a pontas de ultrassons realizou-se a preparação retrógrada, seguida da secagem canal e retrobturação com Biodentine®. Finalmente procedeu-se à sutura com fio de nylon 5/0. Nos controlos realizados observou-se ausência de sintomatologia e diminuição da imagem radiotransparente verificando-se uma boa evolução da situação clínica. **Discussão e conclusões:** Embora o retratamento não-cirúrgico seja, na maior parte dos casos, bem-sucedido, há casos em que a cirurgia periapical é necessária.⁴ Os novos cimentos derivados de silicato de cálcio tal como o Biodentine® são uma boa alternativa como material retrobturador.⁶ A cirurgia periapical, quando indicada, é um bom recurso para salvar dentes com patologia periapical persistente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.01.890>

#033 Displasia cimento-óssea florida – Relato de caso clínico



Ana Teresa Tavares*, Filipa Veiga, André Pais Pereira, Luís Sanches Fonseca, Francisco Proença

Serviço de Estomatologia do Hospital São José-Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Introdução: A displasia cimento-óssea é a lesão fibro-óssea maxilar mais frequente e representa um processo reativo benigno dos maxilares e do cimento. Origina-se por alterações da remodelação óssea após trauma local ou a partir do ligamento periodontal. É mais frequente em adultos asiáticos ou melanodérmicos e afeta principalmente a mandíbula. É geralmente assintomática e um achado imagiológico que varia de acordo com o estadio de evolução. Consoante o padrão radiográfico divide-se em periapical, focal e florida, esta mais rara, com atingimento multifocal frequentemente bilateral e por vezes com expansão e exposição óssea, não obstante de dentes vitais. Apresentamos um caso de displasia cimento-óssea florida com envolvimento bimaxilar. **Descrição do caso clínico:** Mulher melanodérmica de 47 anos, referenciada ao Serviço de Estomatologia do Hospital São José por lesões ósseas maxilares detetadas em ortopantomografia. Refere parestesias do 3.º quadrante e sensibilidade dentária para frios. À observação regista-se abaulamento da cortical vestibular do bloco incisivo-canino inferior, mobilidade grau 1 de 31 e vitalidade em todos os dentes. A ortopantomografia revela lesões de opacidades mistas no 2.º, 3.º e 4.º quadrantes que se confirmam por tomografia computadorizada. Tinha já realizado duas biópsias ósseas, uma com sugestão de quisto ósseo traumático e outra com achados inespecíficos, ambas sem evidência de displasia ou neoplasia. Pelas suspeitas clínicas serem dissonantes com o resultado histológico, realizou-se nova biópsia cujo resultado revelou ‘displasia cimento-óssea’. Os achados clínicos, imagiológicos e histopatológicos suportam o diagnóstico final de displasia cimento-óssea florida. A doente mantém seguimento clínico e imagiológico da evolução da doença e sob vigilância periódica da saúde dentária e periodontal. **Discussão e conclusões:** Apesar da displasia cimento-óssea ser a lesão fibro-óssea maxilar mais frequente, a variante florida é rara. O envolvimento de estruturas nobres pode provocar sintoma-