

trumentação, medicação intracanal e uma eficiente irrigação. O hipoclorito de sódio é um excelente solvente orgânico, assim como um ótimo agente antibacteriano, porém deve ter-se em atenção o seu potencial efeito lesivo para os tecidos periapicais. Assim apresenta-se uma doente, que recorreu ao CHUPorto, após um acidente por extravasamento deste irrigante. **Descrição do caso clínico:** Doente, sexo feminino, de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e dislipidemia, devidamente medicada e sem alergias conhecidas. Recorre ao serviço de urgência, 5 dias após início de endodontia do dente 16. Com queixas de dor, edema e hematoma da hemiface direita com extensão ao pescoço ipsilateralmente, desde a realização do procedimento. Sob antibioterapia (amoxicilina com ácido clavulânico), releva preocupação por manutenção do quadro clínico. Foi informada sobre intercorrência 'com produto' usado. Ao exame objetivo extra-oral, apresenta celulite da face e hematoma em reabsorção no trajeto fascial previsto. Intra-oralmente apresenta o dente 16 com a cavidade de acesso aberta, sem outras alterações de relevo. Manteve esquema terapêutico e cuidados. Reavaliada passados 10 dias com queixas de manutenção do edema. Realizou ortopantomografia que confirma cárie em 16, sem reação apical, decidindo-se continuar sob vigilância. Após 6 semanas, recorre novamente à urgência hospitalar, por tumefação de novo da hemiface direita. Ao exame objetivo apresenta abcesso por vestibular de 16. Realizou-se drenagem sob anestesia local, com saída de abundante conteúdo purulento. Medicou-se com clindamicina e metronidazol. Já sem sinais inflamatórios evidentes, em novo agendamento, é realizada a exodontia do dente. Em reavaliação final apresenta remissão total da sintomatologia. **Discussão e conclusões:** O extravasamento de hipoclorito de sódio é uma das complicações, que mesmo que infrequente, deve ser rapidamente identificada e tratada, de forma a evitar intercorrências mais severas. Reconhecer um acidente, identificando sinais como: dor imediata, edema dos tecidos adjacentes, hematoma e hemorragia pelo canal radicular é fundamental. O objetivo primordial é a prevenção, realçando-se uma correta técnica de irrigação e eventualmente o uso de outras opções de irrigantes.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.936>

#052 Retratamento endodôntico ortógrado e microcirúrgico de molar mandibular – Caso clínico



Jorge Martins*, Mariana Domingos Pires, Mario Rito Pereira, António Ginjeira, Duarte Marques, João Caramês

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Introdução: A persistência de patologia periapical em casos previamente retratados endodônticamente por via ortógrada, e em que foram cumpridos os princípios funcionais e biológicos do tratamento, torna a abordagem microcirúrgica válida, permitindo a manutenção da peça dentária de forma conservadora, através de uma abordagem direccionada ao foco de patologia. Apresentamos um caso de retratamento endodôntico ortógrado de um molar inferior com extensa reabsorção radicular externa inflamatória, que demonstrou sinais de

persistência de patologia periapical nas raízes mesiais 4 anos após retratamento, tendo-se optado por uma abordagem microcirúrgica (retratamento endodôntico retrógrado) selectiva. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género masculino, com catorze anos, encaminhado para a consulta de endodontia para avaliação do dente 46. O paciente reportou não ter dor associada apresentando ausência de sintomas à palpação e percussão. A mobilidade estava dentro dos parâmetros normais e não se identificaram bolsas periodontais. Radiograficamente observou-se uma restauração coronária e um tratamento endodôntico prévio com uma extensa extrusão de material obturador na raiz distal acompanhada por reabsorções radiculares apicais e lesões periapicais em ambas as raízes. Foi determinado um diagnóstico de tratamento endodôntico prévio com periodontite apical assintomática. Foi realizado o retratamento endodôntico ortógrado ao longo de três consultas, com remoção do material localizado tanto no espaço intracanal como periapical, e posterior protocolo de desinfecção e obturação com plug apical em MTA e backfill com gutta-percha. O caso foi acompanhado periodicamente tendo-se observado a recuperação completa dos tecidos pericapicais a distal e uma recuperação incompleta em mesial. No controlo dos 4 anos observou-se uma fístula associada à raiz mesial tendo sido proposta uma abordagem microcirúrgica com objetivo de enuclear a lesão associada e regularizar os defeitos apicais da raiz. Aos 2 anos da intervenção cirúrgica, e 6 anos do retratamento da raiz distal, observa-se uma total recuperação dos tecidos periapicais, sendo que o paciente permanece assintomático. **Discussão e conclusões:** O retratamento endodôntico, não cirúrgico ou cirúrgico, constitui um procedimento previsível e adequado para casos em que se pretende evitar extracção dentária, podendo ainda os clínicos optar por uma abordagem faseada, combinada e selectiva conforme a complexidade do caso.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.937>

#053 Reimplante intencional de segundo molar inferior como última alternativa conservadora



Flávia Cracel Nogueira*, Mariana Domingos Pires, Duarte Nuno Amaro, Sérgio André Quaresma, Jorge Martins, António Ginjeira

FMDUL, CHU de São João

Introdução: O reimplante intencional (RI) consiste na extração proposada de um dente, manipulação endodôntica e reinserção no alvéolo o mais breve possível, a fim de tratar uma evidente falha clínica ou radiográfica de um tratamento endodôntico. Hoje, estão descritas taxas de sucesso a rondar os 90% sendo o objetivo deste trabalho detalhar um destes procedimentos. **Descrição do caso clínico:** Paciente do género masculino, 70 anos, apresentou-se com queixas de dor forte, sensação de 'dente alto' e edema na gengiva na zona do dente 3.7. Ao exame clínico verificou-se que as queixas provinham desse dente que apresentava uma coroa metalo-cerâmica com mais de 10 anos. Adicionalmente, objetivou-se uma resposta dolorosa à percussão vertical e à palpação com supuração pelo sulco gengival e sondagem patológica associada. O exame radiográfico revelou a

existência de tratamento endodôntico prévio com presença de um falso-coto fundido e extensa lesão radiolúcida. Foi diagnosticado como dente previamente tratado com abcesso apical agudo, tendo sido realizada uma tomografia que permitiu obter mais informações sobre a extensão da lesão e forma da raiz. Face à extrema dificuldade técnica do retratamento ortógrado ou microcirúrgico, a opção conservadora proposta de RI foi aceite pelo paciente. No dia da intervenção foi realizada profilaxia do dente e adjacentes, radiografia pré-operatória, anestesia infiltrativa vestibular e lingual, extração atraumática, ressecção apical de 3 mm, retropreparação com pontas de ultrassom e retro-obturação com MTA, reimplante, sutura cruzada, finalizando com radiografia pós-operatória. Todo o procedimento foi realizado por dois operadores e sob ampliação com microscópio ótico. Aos 9 meses apresenta evolução favorável. **Discussão e conclusões:** O RI apresenta-se como uma opção conservadora e económica, quando as hipóteses de retratamento endodôntico ou microcirurgia apical são de complexidade elevada, falharam ou se associam a riscos maiores. Os segundos molares mandibulares são um exemplo comum para a utilização desta técnica. Este caso de RI pretende mostrar que este é um procedimento confiável e previsível, podendo ser considerado como opção de tratamento em prol da conservação da dentição natural.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.938>

#054 Iatrogenia com Eucaliptol – A propósito de um caso clínico



Catarina Vital*, Catarina Machado Ferreira, Paula Maria Leite, Cristina Barros, Afonso Martins, Luís Sanches Fonseca

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: Retratamento endodôntico não cirúrgico é a principal opção perante um insucesso endodôntico primário com sintomatologia associada. A reintervenção permite a eliminação de microrganismos intracanales, restabelecendo a viabilidade dos tecidos perirradiculares. Uma das técnicas usadas para a remoção de material obturador é a dissolução química da guta-percha com solventes. Embora o eucaliptol esteja associado a baixa toxicidade, há a possibilidade de extrusão e irritação dos tecidos periapicais. Este trabalho pretende expor um caso raro de iatrogenia com Eucaliptol. **Descrição do caso clínico:** Mulher de 55 anos, com neoplasia da mama, sob quimioterapia até há um mês. Recorreu a consulta por queixas de sensibilidade e dor ao nível do dente 11. Objetivamente, o 11 apresentava alteração da cor, dor à percussão vertical, sem gengivite, mas com restauração coronária comprometida. Radiograma retroalveolar confirmou 11 endodonciado, sem alterações a nível radicular e periapical. Durante o retratamento endodôntico, na instilação do eucaliptol e remoção da guta-percha, a doente desenvolveu reação adversa com dor exuberante na área envolvente ao 11. Realizou-se lavagem abundante com soro fisiológico e anestesia local do palato e nervo infraorbitário. Doente manteve queixas de dor na hemimaxila e região frontoparietal direitas, sem edema da face. Medicou-se com anti-inflamatório, seguido de opióide, antiemético e analgésico, com melhoria clínica. Prescreveu-se analgesia, antibioterapia e corticoterapia para ambulatório. Recomendou-se aplicação de gelo local. Reavaliou-se 2 dias de-

pois, doente sem alterações visuais e intraorais. Ao fim de 3 meses, assintomática, submeteu-se a 2.ª sessão de retratamento, sem intercorrências. **Discussão e conclusões:** A capacidade de dissolução dos solventes não é seletiva, podendo atuar nos remanescentes da polpa, bem como nos tecidos periapicais, se for permitida a entrada no espaço perirradicular por extrusão inadvertida do sistema radicular, podendo causar resposta inflamatória local e potencialmente necrose tecidual. Para evitar acidentes com solventes é essencial adotar medidas preventivas, como o uso de isolamento absoluto, respeitando o comprimento de trabalho, a pressão e velocidade de instilação. Em caso de acidente a substância deve ser aspirada e o local lavado abundantemente com solução salina estéril, a extensão e gravidade devem ser avaliadas. A prioridade é o alívio da dor, controle de edema e prevenção de infeções.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.12.939>

#055 Pênfigo vulgar oral: relato de caso pós-vacinação contra SARS-CoV-2



Filipa Veiga*, Margarida Caldeira, Candida Fernandes

Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: O Pênfigo vulgar (PV) é uma doença autoimune caracterizada por bolhas mucocutâneas flácidas que facilmente rompem, deixando erosões dolorosas. Resulta da presença de autoanticorpos dirigidos contra constituintes dos desmossomas, nomeadamente as desmogleínas (Dsg) 1 e 3. Alguns fatores como fármacos, vacinas, infeções, doenças oncológicas e outras autoimunes podem predispor ao aparecimento de PV ou à sua exacerbação. Com a vacinação contra o coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) foram reportadas múltiplas manifestações mucocutâneas, presumivelmente induzidas pelas vacinas. **Descrição do caso clínico:** Homem, 78 anos, com antecedentes de glaucoma, dislipidemia e arritmia, portador de pacemaker. Referiu quadro com 4 meses de evolução, caracterizado pelo aparecimento de bolhas na cavidade oral, frágeis e dolorosas, com compromisso da alimentação e perda ponderal de 8kg. Negou alteração da medicação habitual e história de infeções prévias. Referiu toma da 3.ª dose da vacina Cominarty em dezembro de 2021, com posterior aparecimento do quadro. Foi medicado com betametasona e sucralfato, solução oral, com pouca melhoria. Observavam-se erosões dispersas pelo palato mole, úvula e pilares amigdalinos, com 5mm de maior diâmetro, sem outras lesões cutâneas ou mucosas. Analiticamente destacava-se positividade para anticorpos anti-Dsg 3. O resultado histológico de uma das erosões revelou mucosa pavimentosa com formação de fendas intra-epiteliais supra-basais, com uma camada de células basais cubóides em tombstone, compatíveis com doença bolhosa acantolítica, nomeadamente PV. Realizou prednisolona 40 mg/dia, durante duas semanas, verificando-se melhoria ligeira. Iniciou duas infusões de rituximab 1g separadas por 15 dias, tendo-se verificado resolução completa das lesões da cavidade oral duas semanas após a segunda infusão. Verificava-se também recuperação do peso e ligeira disфонia após este período. **Discussão e conclusões:** Em-